

MR（麻疹・風疹）予防接種問診票

問診年月日	平成 年 月 日	体温	度 分
住 所	TEL () -		
診療券番号	男 女	生年月日	年 月 日生 (歳)
氏 名			

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 等 記 入 欄
1.接種を受けられる方が女性の場合 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか 2) 接種後2ヵ月間の避妊について説明をうけましたか	はい はい	いいえ いいえ	
2.予防接種について別紙の説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3.MR（麻疹・風疹）ワクチンの効果や副反応について理解しましたか	はい	いいえ	
4.最近1ヵ月以内に予防接種をうけましたか	うけていない	うけた	
5.最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	うけていない	うけた	
6.今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー 反応をおこしたことがありますか	ない	ある	
7.今までに予防接種、薬、食品で発疹、じんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ない	ある	
8.今日ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ない	ある	
9.今、何か病気にかかっていますか	ない	ある	
10.今、何か治療（投薬）をうけていますか	ない	ある	
11.最近1ヵ月以内に病気にかかったことがありますか	ない	ある	
12.今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）として医師の診断をうけたことがありますか	ない	ある	
13.9、10、11、12の場合、かかりつけ医に今日の予防接種をうけても良いと言われましたか	言われた	言われていない	
15.ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ひきつけ（けいれん）をおこした時は、熱がでましたか	ない	ある	
予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を（希望します・希望しません） 本人署名 () 保護者署名 () *未成人のみ必要			
医師記入欄； 医師署名以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）			
使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日	
MR ワクチン Lot No.	(皮下接種) 0.5mL	実施場所； たけおクリニック 医師； 接種年月 年 月 日	